



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Masaje perineal antes del parto y su repercusión en la
reducción del trauma perineal

Autor/es

PAULA MARTÍNEZ PÉREZ

Director/es

AMAYA BURGOS ESTEBAN y ANA ELENA GARRIDO RIVAS

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



***Masaje perineal antes del parto y su repercusión en la
reducción del trauma perineal***, de PAULA MARTÍNEZ PÉREZ
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

Escuela Universitaria de Enfermería

Masaje perineal antes del parto y su repercusión en la reducción del trauma perineal

Perineal massage before the delivery and the impact in the decrease of the perineal trauma

Paula Martínez Pérez

Trabajo Fin de Grado

Tutora: Amaya Burgos Esteban

Logroño, mayo 2020

Curso académico: 2019/2020

Convocatoria: excepcional

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	2
RESUMEN	3
ABSTRAC	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 DESCRIPCION DEL SUELO PELVICO.....	5
1.2 CAUSAS, SINTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PELVICO	5
CAUSAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PÉLVICO:	5
SINTOMAS DE DEBILIDAD DE SUELO PELVICO	7
CONSECUENCIAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PELVICO	7
1.3 PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS PERINEALES	8
1.4 JUSTIFICACION.....	8
1.5 OBJETIVOS	9
OBJETIVOS GENERALES	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
2. METODOLOGÍA.....	10
2.1 ESQUEMA DE ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	11
3. CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TFG	13
4. DESARROLLO	14
4.1 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO	14
4.2 DESGARROS PERINEALES.....	16
A. TIPOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS.....	16
B. FACTORES DE RIESGO.....	17
C. MORBILIDAD	20
4.3 EPISIOTOMÍAS	21
A. FACTORES DE RIESGO.....	22
B. CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA EN COMPARACIÓN CON LOS DESGARROS. ..	24
4.4 MASAJE PERINEAL	28
A. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN	28
B. BENEFICIOS DE LA REALIZACIÓN DEL MASAJE PERINEAL	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

- SP: Suelo pélvico
- IU: Incontinencia urinaria
- RCOG: Royal College de Obstetricia y Ginecología
- DSP: Disfunción del suelo pélvico
- FR: Factores de riesgo
- IMC: Índice de masa corporal
- MP: Masaje perineal
- DeCs: Descriptores en Ciencias de la Salud
- MeSH: Medical Subject Headings

RESUMEN

En España la tasa de episiotomías realizadas, en torno al 40%, dista mucho tanto del 10% recomendada por la OMS como del 15% que el Ministerio de Sanidad entiende por calidad de salud.

Hasta no hace mucho el uso de la episiotomía en el parto se entendía como una intervención necesaria para proteger al perineo, evitando desgarros, dolor y disfunciones del SP.

Tras realizar una revisión bibliográfica sobre esta creencia, la evidencia es que es mucho más efectivo para tal fin un buen entrenamiento de la musculatura del SP durante la gestación, mediante el MP.

Queda constatado que los daños causados en el SP por la propia técnica quirúrgica, en ocasiones produce disfunciones graves del SP tales como: IU, prolapso de órganos pélvicos, dispareuria e incontinencia fecal, son evitables con la realización de una buena educación sanitaria durante la gestación para que la mujer entienda la importancia de mantener una buena salud y cuidado del SP evitando así los daños que se puedan dar durante el embarazo y el parto.

Además, la realización de una buena técnica de MP ayudará también a la recuperación de la musculatura tras el parto.

Palabras clave: desgarros perineales, episiotomía, suelo pélvico, masaje perineal, embarazo.

ABSTRAC

In Spain the rate of episiotomy done, around 40%, is far from the 10% recommended by the OMS as the 15% which the Health Ministry understands as health quality. Until not long ago the use of episiotomy in delivery was seen as a necessary intervention to protect the perineum, avoiding tears, pain and pelvic floor dysfunction.

After making a review of the bibliography about this, the evidence is that is more effective to do a good muscle training of the pelvic floor during the pregnancy by means of a pelvic massage.

It is verified that the damage caused to the pelvic floor by the technique itself sometimes causes serious dysfunction in it such as: urinary incontinence, pelvic organ prolapse, dyspareunia and fecal incontinence, these could be avoided by having a good sanitary education during the pregnancy so the woman understands the importance of having a good health and care of the pelvic floor. In that way you avoid the damage that can ocure during the pregnancy and the delivery.

In addition, having a good technique of pelvic massage can help in the muscle recovery after the delivery.

Keywords: perineal tears, episiotomy, pelvic floor, perineal massage, pregnancy

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCION DEL SUELO PELVICO

Llamamos periné o suelo pélvico, al conjunto de músculos o musculatura y aponeurosis que envuelve la parte inferior del abdomen, vejiga, útero y a una pequeña parte del intestino (1). El componente principal es el músculo elevador del ano, siendo su forma en "U" la responsable de que los extremos distales de los sistemas urinarios, digestivos y genital pasen entre el músculo y ofreciendo a la vez soporte a estos sistemas. En este soporte y suspensión también intervienen tejido conectivo fibroso como son los ligamentos, arcos tendinosos...(2)

Estas estructuras no solo proporcionan un soporte mecánico, sino que son las responsables de la continencia tanto urinaria como fecal. Este control del músculo es gracias a la inervación del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior. (2)

En el periné se pueden diferenciar el plano muscular superficial (vejiga y uretra), medio (útero y vagina) y profundo (recto y conducto anal) que sirven de soporte pélvico. Para que esta función se pueda llevar a cabo, la musculatura del periné debe estar correctamente preparada (3).

1.2 CAUSAS, SINTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PELVICO

CAUSAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PÉLVICO:

- Embarazo y parto
- Postparto por un sobreesfuerzo precoz.
- Deportes, en los que hay saltos e impactos.
- Menopausia: esto se debe a que los cambios hormonales que tienen lugar en esta fase provocan la pérdida de flexibilidad, atrofia e hipotonía.
- Herencia: se puede hablar de que un 50% de las mujeres tienen de manera innata debilidad en la musculatura del periné.

- Hábitos cotidianos: algunos ejemplos son la retención de orina y el uso de ropas ajustadas.
- Otras: obesidad, estrés crónico, estreñimiento... (1)

Tanto el embarazo como el parto están asociados al desarrollo de disfunciones en el periné y se piensa que entre un 20%-40% de los partos en primíparas sufren traumatismo en el músculo elevador del ano (4), lesiones en la inervación y atrofia del músculo; sobre todo en los nervios pudendos, provocando incontinencia urinaria, fecal y/o prolapso uterino.

Esta debilidad del suelo pélvico es la causante de la aparición de traumatismos perineales durante la fase expulsiva del parto, debido a la alta presión que causa el avance del recién nacido a través del canal del parto en el periné. Estos traumatismos aparecerán el 85% de los partos vaginales.

Este posible daño del periné se puede clasificar en diferentes grados, según la afectación del desgarro:

- De primer grado: afecta solamente a la mucosa vaginal.
- De segundo grado: afección de la fascia y músculo perineal sin alcanzar al esfínter anal.
- De tercer grado: afecta tanto a la piel, a la mucosa y al músculo perineal, llegando a abarcar al esfínter anal externo.
- De cuarto grado: llega a la mucosa rectal exponiendo la luz del recto. (5)

Además de los desgarros, otro tipo de traumatismo perineal durante el parto y también frecuente, es la episiotomía; procedimiento quirúrgico utilizado para evitar la aparición de desgarros graves: de tercer y cuarto grado. (6)

Cuando la episiotomía se comenzó a practicar se llevaba a cabo en la mayoría de los partos, sobre todo en las madres nulíparas ya que argumentaban que su práctica evitaba dolor, prevenía el prolapso uterino y disminuía la morbilidad perineal, por lo que se empezó a realizar de manera sistemática. Pero la evidencia científica indica que el uso de la episiotomía no disminuye de manera significativa la aparición de desgarros de III y IV grado (graves) y recomienda su uso de forma selectiva. (6)

SINTOMAS DE DEBILIDAD DE SUELO PELVICO

- Pesadez, hinchazón, tirón o dolor en zona de la vagina, aumentando al final del día o con la motilidad intestinal.
- Sensación de que un bulto se sale de la vagina.
- Infecciones urinarias frecuentes.
- Incontinencia de esfuerzo (toser, reír...)
- Incontinencia de urgencia
- Incontinencia fecal o dificultad para controlar los gases.
- Estreñimiento (7)

CONSECUENCIAS DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PELVICO

El daño producido en el suelo pélvico por los traumatismos perineales, desgarros graves y episiotomías es sumamente importante debido a que son causantes de graves problemas como:

- Prolapsos uterinos o de los órganos pélvicos: se origina debido a que la musculatura pélvica es incapaz de dar sostén a todas las estructuras que alberga por lo que bajan o hacen presión vaginal. Podemos hablar tanto de prolapso uterino, del cuello uterino y del útero; estos tres tipos de prolapso pueden llegar a incluso a asomarse por la abertura vaginal. Además, estos prolapsos pueden ser causantes de un estrangulamiento de la uretra, derivando en problemas urinarios. (8)
- Incontinencia urinaria: ocurre cuando la vejiga es desplazada de su lugar, esta incontinencia puede ser de urgencia (repentino deseo de orinar de manera urgente) o de esfuerzo (al realizar maniobras de mansalva como toser, reír o al saltar). (8)
- Incontinencia fecal: tanto en su forma líquida como sólida. Se debe a un desplazamiento del recto o por un daño en el esfínter anal. (8)
- Pérdida de sensibilidad
- Dolor

1.3 PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS PERINEALES

Varias revisiones y estudios llegan a la conclusión de que la realización de un masaje perineal puede llegar a reducir significativamente la probabilidad de traumatismo perineal, sin embargo, se pueden encontrar diferencias respecto a los criterios de duración y frecuencia para que la realización del masaje perineal sea efectiva entre los principales autores (5).

Algunos autores hablan de que se debe llevar a cabo de manera diaria durante 4 minutos a partir de la semana 34-35 de gestación; otros autores proponen empezar 6 semanas antes de la fecha probable de parto, durante 4 minutos y con una frecuencia de entre 3 o 4 veces por semana (5).

1.4 JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el uso de la episiotomía se encuentre alrededor de un 10%, encontrando injustificada una tasa de un 20%. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad advierte que una tasa inferior del 15% es indicador de calidad. Pero, y a pesar de que en los últimos años la tasa de episiotomías ha descendido de manera drástica, el porcentaje de esta práctica en España en el 2010 era del 43% siendo el octavo país con mayores tasas de los recogidos en el informe European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe. (9).

En 2012 se llevó a cabo un estudio en el Hospital Clínico Universitario de la Virgen de la Arrixaca donde se vio que la tasa de episiotomías había mejorado respecto a la de 2010 siendo de un 36,5% en partos eutócicos, pero aún no entraba dentro de lo recomendado ni por la OMS ni por el Ministerio de Sanidad. Además, el estudio reveló que la tasa aumentaba a un 90% en los partos instrumentalizados. (10)

La incidencia de los desgarros perineales y traumatismos se puede disminuir con el aumento de la flexibilidad de los músculos perineales, y con ello disminuirían los problemas que ello conlleva. Para ello, hay muchos ejercicios, siendo uno de ellos el masaje perineal, el cual reduce la resistencia muscular y permite la extensión del perineo durante el parto. (11)

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Evaluar el efecto del masaje perineal antenatal sobre la incidencia del traumatismo perineal en el parto

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las ventajas de la realización del masaje perineal antes del parto.
- Especificar los requisitos para llevar a cabo el masaje perineal de manera efectiva.
- Determinar si la realización del masaje perineal antenatal ayuda a la disminución de las episiotomías.
- Conocer si el masaje perineal ayuda a la recuperación de la musculatura durante del postparto.

2. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos; en este caso los artículos empleados se extraen de las siguientes bases de datos: Dialnet, Medline Plus, Pubmed y Scielo.

Para la búsqueda de los artículos se han utilizado varios términos MeSH y DeCS, además de algunos operadores booleanos:

- MeSC: Episiotomy, Massage, Perineum, Labor, Perineal masage, Lacerations, Pelvic floor, Pregnancy, Spain
- DeSC: Episiotomía, Masaje, Perineo, Parto obstétrico, masaje perineal, Lesiones, Suelo pélvico, Embarazo, Fisioterapia
- Operadores booleanos: AND

Se buscaron tanto artículos que se encontraban en inglés como español, con una limitación de 10 años. Se excluyeron los artículos que no tenían acceso gratuito al texto completo, al igual que todos aquellos que excluían de su estudio a las mujeres embarazadas.

En las siguientes búsquedas se tuvo que acotar el límite en los últimos 5 años debido a la imposibilidad de poder leer todos los artículos que aparecían:

- Episiotomy AND Spain
- Episiotomy AND Labor
- Labor AND Lacerations AND Perineum
- Pelvic floor AND Pregnancy AND Episiotomy
- Pelvic floor AND Massage

Tras una lectura profunda de la bibliografía consultada, se seleccionan para la realización del trabajo 28 artículos, en los cuales se encuentra respuesta a las cuestiones planteadas en el mismo.

2.1 ESQUEMA DE ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Bases de datos	Términos y combinaciones	Filtros aplicados	Resultados	Exclusión de artículos	Admitidos
Dialnet	Masaje AND Perineo	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Acceso gratuito - Español y/o inglés - En los últimos 10 años 	2	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos que excluyan a mujeres embarazadas - Se repitan 	10
	Episiotomía AND Parto		5		
	Parto AND Lesiones AND Perineo		1		
	Episiotomía AND Masaje		3		
	Suelo pélvico		4		
	Suelo pélvico AND Embarazo AND Episiotomía		1		
	Embarazo AND Masaje perineal		5		
	Embarazo AND Episiotomía		2		
	Fisioterapia AND Episiotomía		1		
Pubmed	Massage AND Perineum	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Acceso gratuito - Español y/o inglés - En los últimos 10 años 	4	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos que excluyan a mujeres embarazadas - Se repitan 	11
	Episiotomy AND Massage		2		
	Pelvic floor AND Massage AND Episiotomy		3		
	Episiotomy AND Spain	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Acceso gratuito - Español y/o inglés - En los últimos 5 años 	3		
	Episiotomy AND Labor		15		
	Perineal massage		12		
	Labor AND Laceration AND Perineum		10		
			12		

	Pelvic floor AND Pregnancy AND Episiotomy				
	Pelvic floor AND Massage		5		
SciELO	Massage AND Perineum	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Acceso gratuito - Español y/o inglés - En los últimos 10 años 	2	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos que excluyan a mujeres embarazadas - Se repitan 	5
	Episiotomy		6		
	Episiotomy AND Massage		4		
	Pelvic floor AND Pregnancy		9		
	Episiotomy AND Labor	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Acceso gratuito - Español y/o inglés - En los últimos 5 años 	11		
	Labor AND Laceration AND Perineum		1		
Medline Plus	Suelo pélvico	<ul style="list-style-type: none"> - En español - Acceso gratuito 	1		2
	Disfunciones del SP		1		

3. CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TFG:

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA						
	2019		2020				
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Selección del tema de trabajo							
Tutorías con la tutora							
Selección de los artículos							
Revisión de la literatura							
Elaboración de los resultados							
Redacción de las conclusiones							
Entrega del Trabajo de Fin de Grado							
Presentación del Trabajo de Fin de Grado							

4. DESARROLLO

4.1 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO

El SP es el grupo de ligamentos y músculos que envuelven la zona inferior del abdomen. Entre sus funciones se encuentra la sujeción de las vísceras de la pelvis como son el útero, la vagina, la uretra, el recto y la vejiga. Los músculos que conforman el SP se dividen en plano profundo, medio y superficial; en el plano muscular profundo encontramos los músculos elevadores del ano, en el medio se hayen el esfínter estriado de la uretra y el músculo transverso profundo, por último, en el plano superficial se aprecian los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos, transverso superficial y el esfínter externo del ano. (12)

Durante el embarazo se producen diversos cambios en el SP debido al aumento de peso y de presión por el aumento progresivo del útero y la secreción de diversas hormonas como la relaxina. Esto pueden debilitar la musculatura perineal y la diversas estructuras. Este debilitamiento es más frecuente que aparezca en el último trimestre de embarazo, junto con polaquiuria y sensaciones de imperiosidad, como consecuencia se puede producir una reducción en el apoyo del cuello de la vejiga y la uretra, esto hace que se sea más predisponente a la aparición de disfunciones del SP que pueden agravarse a medida que el embarazo progresa y que además, están asociadas a la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga, lo que en muchos casos desencadena en IU. (12) (13)

La IU en el embarazo, además de aparecer por el debilitamiento del SP o la falta de tono muscular, siempre viene unido a otros factores. El debilitamiento del SP provoca que la vejiga y la uretra descienda y que al aparecer presión abdominal el esfínter no aumente el cierre uretral produciéndose la pérdida de orina. (12)

Existen, además, otros cambios físicos que pueden desencadenar en diversos problemas:

- Ascenso del diafragma que provoca apertura de las últimas costillas.
- Estiramiento de los músculos del SP y aumento de la presión encima de la vejiga, causado por el aumento de la lordosis lumbar.
- A nivel de la vejiga y de la uretra se produce un cambio en su posición anatómica.
- Debido a un aumento de la compresión por el embarazo y estiramiento, se lesionan los nervios de la vejiga.
- Se produce un desplazamiento del centro de gravedad hacia delante aumentando así los calambres en las extremidades inferiores, y sobrecargando tanto la musculatura de la cadera posterior y los gemelos.

- Además, esta sobrecarga en el SP y el tono de la musculatura del SP puede desencadenar patología dolorosa en sacro y coxis.
- Ligera separación de la articulación del pubis.
- Los cambios hormonales causan una hiperlaxitud articular general. (12)

Además de los cambios físicos y hormonales que tienen lugar en el SP durante el embarazo un estudio observacional transversal realizado en 2012 y 2013 de Moccelli, A,S; estudió los cambios electromagnéticos de la musculatura del SP entre el segundo y tercer trimestre de embarazo para explicar la aparición de las disfunciones del SP.

Los músculos del SP, a diferencia de otros músculos estriados esqueléticos, tienen una continua actividad eléctrica menos en la defecación, micción y las maniobras de Valsalva. El estudio reveló que en la fase final del embarazo se produce una disminución significativa de la señal eléctrica en la musculatura del SP en reposo. También se observa esta disminución en los músculos abdominales y durante las contracciones sostenidas. Esta disminución es observada a partir del último trimestre del embarazo. (13)

Los músculos del SP durante el reposo siguen manteniendo una actividad eléctrica mínima provocada por las unidades motoras causando la actividad tónica, pero cuando se produce un gran aumento o sobrecarga de la presión intraabdominal las unidades motoras envían señales de gran amplitud causando la actividad fásica. En el estudio se observa que la actividad eléctrica durante el reposo en el tercer trimestre de embarazo está por encima del límite de la actividad eléctrica que correspondería. Estos valores altos durante el descanso se asocian a una excesiva tensión muscular que causa aumento en el tono muscular, lo cual provoca dolor y fatiga muscular. (13)

Aunque se produzca una gran señal eléctrica durante el reposo, esto no significa que se produzca la fuerza necesaria para soportar la carga durante el embarazo, como es la propia gravedad; esto podría explicar el dolor pélvico y la dispareunia. Por lo que, aunque la señal eléctrica aumente en el último trimestre, lo que tendría que significar que la musculatura del SP sería más resistente, en el estudio se observa no aumentan el tono muscular necesario para que se lleve a cabo las funciones de soporte y continencia, por lo que no se produce una compensación con respecto a la sobrecarga progresiva durante el embarazo causado por el aumento de la masa corporal y el útero. El estudio señala que el aumento de IMC y el aumento de peso durante el embarazo desencadenaría el debilitamiento de los músculos, desencadenando así las disfunciones del SP.(13)

Wijma et al. investigó que durante los primeros meses del embarazo hay un aumento de la movilidad de la unión uretro-vesical en reposo y durante las maniobras de Valsalva, demostrando que no solo el aumento de la masa corporal o la presión causada por el aumento del útero las responsables del debilitamiento del SP y de provocar las disfunciones del SP durante el embarazo.(13)

El estudio concluye que para evitar el debilitamiento del SP durante el embarazo causado tanto por los cambios físicos como por los cambios en las señales eléctricas, es necesario que un fisioterapeuta evalúe la fuerza muscular del SP y ayude a la práctica de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica para prevenir la fatiga y debilitamiento muscular. (13)

4.2 DESGARROS PERINEALES

Los traumatismos perineales están relacionados con la mayor parte de los partos vaginales, estos traumatismos pueden ser tanto los desgarros perineales, que son aquellos que ocurren de forma espontánea, como las episiotomías. (11)

A. TIPOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS

Un artículo de Gramage Córdoba, L; diferencia entre los desgarros perineales anteriores y posterior. Los clasificados como anteriores por lo general se caracterizan por causar poca morbilidad y por afectar a los labios, la vagina anterior, la uretra o el clítoris. A diferencia de los anteriores, los clasificados como desgarros posteriores son las lesiones que afectan a la parte posterior de la vaginal, al esfínter anal y los músculos perineales; se caracterizan por una mayor morbilidad. (11)

Otra clasificación, y aceptada por el Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG), es la creada por Sultan, este autor clasifica los desgarros perineales en cuatro grados diferentes (11):

- Primer grado: la lesión afecta a la piel perineal
- Segundo grado: la lesión afecta a los músculos del periné, pero no llega a afectar a los músculos del esfínter
- Tercer grado: puede afectar tanto al esfínter externo como interno
- Cuarto grado: la lesión afecta al esfínter anal y a la mucosa

B. FACTORES DE RIESGO

Los desgarros perineales pueden tener como consecuencia el desarrollo de alguna DSP, pero no todas las mujeres que tiene un parto vaginal llegan a desarrollar algún tipo de disfunción como son la incontinencia urinaria y fecal, la disperiuria o el prolapso de algún órgano pélvico. Por ello es importante identificar los factores de riesgo para su desarrollo y poder actuar sobre ellos y así poder evitarlos dentro de lo posible.

Es importante que reconozcamos los posibles FR que aumenta la probabilidad de desarrollar DSP tras el parto, por lo que Freeman, RM realizó un estudio para poder reconocer estos FR.

Uno de los principales FR que señaló fue la existencia de antecedentes de IU antes del embarazo, pudiendo ser un factor para el desarrollo de IU de esfuerzo a largo plazo, este tipo de DSP es descrita por el 11% de las mujeres tras el parto. Según el autor esto también podría deberse a debilidad en la musculatura del SP y una predisposición genética sumado a los antecedentes de IU.(14)

La IU de esfuerzo no es poco común durante el embarazo, pero si tras el parto los síntomas se siguen reportando durante los siguientes 3 meses, esto es un FR para la IU a largo plazo. Freeman, también advierte que la elevada edad materna y el IMC previo al embarazo forman parte de los FR implicados en el desarrollo de esta disfunción.(14)

Uno de los desgarros más graves que pueden llegar a producirse durante el parto vaginal es el de cuarto grado, que llega a lesionar el músculo elevador del ano, este tipo de desgarro en el estudio de Freeman, RM; es descrito por el 20-40% de las mujeres que tienen un desgarro durante el parto. Esta lesión en el músculo es uno de los principales FR para el desarrollo de las principales DSP, como son la IU, fecal, prolapso de los órganos pélvicos y se puede llegar a producir una lesión en el nervio pudiendo por el estiramiento de este durante el parto. (14)

Estos problemas pueden no llegar a desarrollarse después del primer parto, pero puede darse la situación de no conseguir una completa recuperación de la lesión y provocar que los problemas que no llegaron a desarrollarse antes, sí que aparezcan tras un segundo parto vaginal. Además, otros FR para la aparición de este tipo de traumatismo son el parto prolongado, gran peso del recién nacido y el uso de fórceps durante el expulsivo. En cuanto al último FR descrito, es más común utilizar la ventosa antes que el fórceps, pero Freeman no lo considera FR ya que podrían ser las causas por las que se utiliza la ventosa y no el uso del instrumento en sí lo que podría causar la aparición de dicha lesión.(14)

Otro FR descrito por Freeman es la falta de colágeno, ya que, como cualquier otro músculo, la falta de colágeno hace más difícil la recuperación de la lesión por estiramiento, pero es un FR difícil de reconocer ya que se tendría que hacer con una biopsia antes de producirse el embarazo. (14)

Freeman concluye con su trabajo que es imprescindible reconocer los FR en las mujeres embarazadas para poder ofrecerles entrenamiento de los músculos del SP durante el embarazo como prevención de los desgarros graves (tercer y cuarto grado) y evitar en la medida de lo posible el desarrollo de las diferentes DSP.

Otro estudio realizado en Austria por Marschalek, M L durante siete años a mujeres primíparas que se les sometía a parto vaginal quiso analizar la relación de la edad materna con la aparición de desgarros de tercer y cuarto grado.

Al final del estudio un 2,6% de las mujeres que fueron incluidas en el estudio presentaron durante el parto un desgarro que lesionó la musculatura del esfínter. En estas mujeres el peso medio del recién nacido fue de 3350g, la edad materna media se encontraba en los 28 años y las semanas de gestación eran de 39,4. Un 6,1% de las mujeres tenían un IMC mayor o igual a 30, y la pérdida de sangre durante el parto mayor de 1000ml ocurrió con mayor frecuencia en aquellas mujeres que terminaron desarrollando una lesión en el esfínter anal. (15)

Las mujeres que presentaron en el estudio una lesión en el esfínter anal presentaban ligeramente mayor edad y un peso del recién nacido mayor. Las que dieron a luz un recién nacido con un peso mayor a 4000g tuvieron más probabilidades de tener un desgarro grave en comparación con las mujeres que dieron a luz a niños de menor peso. Además, todas aquellas mujeres que necesitaron ser intervenidas con fórceps o ventosa durante el parto, presentaron más posibilidades de tener un desgarro que lesionara el esfínter anal en comparación con las mujeres que dieron a luz de manera espontánea.(15)

Un estudio prospectivo observacional realizado por Smith, L; estudió la prevalencia de los diferentes tipos de desgarros en un grupo de mujeres en Inglaterra e intentar relacionarlos con las características de las mujeres, los partos...

El estudio de Smith, L reparó que tan solo un 9,6% de las mujeres nulíparas concluyeron el parto con un perineo intacto, a diferencia de las mujeres multíparas que su tasa de perineo intacto aumento hasta un 31,2%. En lo que se refiere a desgarros graves, que afectan a la musculatura del esfínter, la mayoría de estos fueron de tercer grado, siendo la tasa de prevalencia ligeramente mayor en las mujeres nulíparas que en las multíparas (6,6% y 2,7% respectivamente), además, la mayoría de estos desgarros tuvieron lugar en los partos hospitalarios.(16)

En cuanto a los desgarros de menor gravedad, de primer y segundo grado, la diferencia de su prevalencia entre nulíparas y multíparas es mínima, tampoco se observó ninguna diferencia de su prevalencia respecto al entorno donde tuvo lugar el parto.(16)

Smith, L observó que la nuliparidad, el parto en un entorno hospitalario, el uso de ventosa o de fórceps, junto con un empuje dirigido, una prolongada duración de la segunda fase del parto, la práctica de episiotomía y que el recién nacido presentara gran peso al nacer y distocia del hombro son FR para la aparición de desgarros graves. Sin embargo, también observó factores protectores para este tipo de desgarros, como son

la posición de entrega vertical, la posición occipito anterior y las manos fuera tanto de la cabeza como del perineo.(16)

El uso de epidural en un primer momento se clasificó como un FR para la aparición de desgarros de tercer y cuarto grado, pero según el autor del estudio esto pudo ser debido a que esta analgesia se relaciona con unas características del parto como una mayor duración o la necesidad de que sea instrumentado que si son FR para este tipo de desgarros por lo que el uso de la epidural puede no ser un FR y si las causas por las que se decida administrar.(16)

El estudio asoció la multiparidad como factor protector para los desgarros que afectan a la musculatura del esfínter ya que disminuyen a la mitad su aparición, a diferencia que el uso de fórceps que triplicó el riesgo de estos desgarros en comparación con los partos vaginales espontáneos. La duración prolongada de la segunda etapa del parto aumento en un 40% las probabilidades de desgarros graves y un gran peso del recién nacido aumentó un 10% por cada 100 gramos su aparición.(16)

Smith, L concluye que no hay ninguna evidencia de que el estiramiento del perineo durante la segunda etapa del parto o la posición materna sean un factor protector de cualquier tipo de desgarros espontáneos y confirma la relación que hay entre el parto instrumentado y la aparición de traumatismos perineales.(16)

Waldenstrom, U llevó a cabo un estudio en Suecia para relacionar la edad materna como un alto FR independiente de cualquier otro FR de los comentados anteriormente.

El estudio de Waldenstrom evidenció que a medida que aumenta la edad materna hay más riesgo de que se produzcan desgarros de tercer y cuarto grado en los partos vaginales en el primer, segundo y tercer parto. Además, demostró que aunque el riesgo de que se produzcan dichos desgarros son mayores a mayor es la edad materna, también disminuyen estas probabilidades en el segundo parto con respecto al primero y en el tercer parto en comparación con el segundo.(17)

A partir de los 25 va aumentando la probabilidad de sufrir un desgarro que afecta a la musculatura del esfínter llegando a duplicar esta posibilidad a partir de los 30 años, pero según el estudio hay más posibilidades de desgarro en el primer parto vaginal de una mujer más joven que en los segundos o/y terceros partos en las mujeres de mayor edad. Sin embargo, a partir de los 35 años, el riesgo no sigue aumentando.(17)

Waldenstrom explica que la edad materna sea un FR por el envejecimiento de las células y de los tejidos del SP, al igual que ocurre con el resto de las células y órganos de nuestro cuerpo a medida que vamos envejeciendo, pero no hay muchos estudios sobre este tema así que se trata de una simple especulación. En cuanto a la multiparidad como factor protector, la autora entiende que se debe a que las estructuras anatómicas del SP se vuelven más resistentes después de haber sufrido un gran estiramiento en el primer parto.(17)

Este estudio, al igual que estudios similares finlandeses y noruegos, relacionan el hecho de fumar con un menor riesgo de producirse desgarros de tercer y cuarto grado, aunque

resulta confuso, ya que se relaciona el fumar con un aumento de la velocidad del envejecimiento, lo que es contradictorio con la teoría de Waldenstrom, U de que la edad materna es un FR por el envejecimiento de los tejidos.(17)

Waldenstrom, U concluye que la edad materna es un FR independiente de la paridad de la mujer y dependiente de los desgarros graves, por lo que se debería hacer un examen más exhaustivo del estado del perineo tras el parto a las mujeres de edad avanzada sobresaltando a las nulíparas para llevar a cabo un diagnóstico precoz y tratarlo más rápido y con más eficiencia. (17)

Tras la revisión de estos estudios se puede concluir que todos están de acuerdo con los FR que influyen en la posible aparición de disfunciones del SP tras un parto vaginal:

- IU previa antes del embarazo
- Edad materna igual o mayor de 30 años
- IMC previa al embarazo igual o superior a 30
- El desarrollo de desgarros de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal
- Peso del recién nacido superior a 4000g
- El uso de fórceps durante el expulsivo.
- Falta de colágeno en la musculatura del SP
- Primiparidad
- Segunda fase del parto prolongada
- Posición del feto que dificulta su salida
- Uso de analgesia epidural

C. MORBILIDAD

Todos los tipos de traumatismos perineales se asocian con una morbilidad en las mujeres tanto a corto como a largo plazo, que va a depender del tipo de grado que sea el desgarro o traumatismo. El artículo realizado por Gramage Córdoba, L; comenta que uno de los síntomas es el dolor perineal intenso en el postparto, pero que este puede llegar a continuar hasta dos semanas después en el 30% de los casos de parto vaginal con algún tipo de traumatismo y que un 7% de las mujeres llega a informar de dolor perineal hasta tres meses después. Por otra parte, las mujeres que concluyeron el parto con un perineo intacto informaron con menos frecuencia de dolor en los primeros días que fue desapareciendo progresivamente a partir del séptimo día hasta un mes y medio después. (11)

La morbilidad causada por los traumatismos perineales incluye, a parte del dolor perineal descrito con anterioridad, incontinencia fecal, urinaria, debilidad de la musculatura del SP, dispareuria y problemas físicos y psicológicos que pueden llegar a afectar a la capacidad de cuidar al recién nacido. Según Gramage Córoba, L; la dispareuria tras un parto vaginal afecta a un 60% de las mujeres y tras seis meses afecta a un 30%. En lo que se refiere a las mujeres con perineo intacto tras el parto, tienen menor probabilidad de que aparezca dispareuria, y en el caso de que esta aparezca, de que dure menos y puedan reanudar antes las relaciones sexuales. (11)

Por lo general cuanto mayor sea el desgarro o traumatismo, mayor será la morbilidad y afectará durante más tiempo. (11)

K, Shek realizó un análisis retrospectivo de dos hospitales de Sydney, Australia, a mujeres nulíparas a término con parto vaginal. A las mujeres que cumplieron estos requisitos se les hizo un examen postparto con una ecografía tomográfica para evaluar la morbilidad causada por los desgarros vaginales y perineales.

Este estudio dio como resultado que tanto los desgarros de tercer y cuarto grado como los producidos en la pared lateral vaginal se asocian con la avulsión del músculo elevador del ano. A esta avulsión se la relaciona con la consecución de defectos en el elevador del ano y rotura del esfínter, estos traumas pueden estar causados por la utilización de fórceps, con la nuliparidad, la edad avanzada y un gran peso del recién nacido. La avulsión del músculo elevador del ano causado por estos traumas es considerada un FR para el desarrollo graves DSP. Estas disfunciones con las que lo relaciona el autor son la incontinencia fecal y el prolapso de los órganos pélvicos.(18)

Esta avulsión del elevador del ano no es posible diagnosticarla en el momento del parto ni del postparto inmediato, por lo que el estudio concluye que se debería hacer un examen más exhaustivo a aquellas mujeres que durante el parto hayan tenido un desgarro de tercer y cuarto grado o de la pared lateral de la vagina para un diagnóstico temprano y poder adelantarnos a las DSP descritas anteriormente o minimizar su impacto en la vida de la mujer pudiendo evitar que continúen a largo plazo.(18)

4.3 EPISIOTOMÍAS

A partir del siglo II aparece la preocupación por los desgarros y sus consecuencias en los partos vaginales, y es a partir de ahí donde se comienza a dar importancia de la protección del periné y donde se comienza a desarrollar diferentes intervenciones, como la protección del periné con compresas tibias, la sutura de determinados casos de los desgarros y empieza a desarrollarse una asistencia basada en intervenir cuando sea totalmente necesario. Es a partir de ahí, en el año 1742, cuando un matron irlandés llamado Sir Fielding Ould, describió por primera vez la realización de una nueva técnica que consistía en la realización de un corte en la vagina en dirección hacia el ano, siendo lo que hoy en día conocemos como episiotomía. El pionero advierte que esta técnica solo debe realizarse en los casos donde se vea que es estrictamente necesario al igual

que la sutura de este corte, la cual comenta que debe realizarse únicamente cuando se aproxime demasiado al ano y se vea que debilitará sus funciones.(9)

Los primeros matrones que utilizaron la técnica la describen como protectora ante los desgarros, del daño perineal, además, de ayudar a la relajación del SP y de proteger al feto; por lo que todos coincidían en un uso exclusivo en partos dificultosos.(9)

Es un siglo después donde se sugiere que este corte sea oblicuo al periné, apareciendo lo que hoy conocemos como episiotomía mediolateral; y es en este momento donde se empieza a acuñar el término de episiotomía.(9)

Es a partir del siglo XX donde este procedimiento se aconseja utilizarlo de manera sistemática en todos los partos vaginales, ya que los profesionales argumentaban que la episiotomía evitaba los desgarros, acortaba el tiempo del parto, evitaba los prolapsos uterinos y conservaba íntegro el SP. Además, se hablaba de que el uso de la episiotomía junto con la utilización de fórceps prevenía lesiones cerebrales en el recién nacido. (9)

Es a partir de la década de los ochenta cuando la evidencia científica asociaba la episiotomía a altos riesgos de dolor, edema, hemorragia, infección y dispareuria, por lo que se volvió a la conclusión de que el uso de la episiotomía debe ser de forma limitada y con indicaciones estrictas. Se acordó que la tasa razonable de su uso sería de un 20%, por desgracia esto no tuvo a penas peso en la sociedad médica. Pero a partir de un estudio aleatorizado en 1985 se observó que la episiotomía selectiva podía llegar a bajar su uso hasta conseguir esa tasa del 20% con la finalidad de que su uso sólo aporte beneficios. La OMS respaldó esta conclusión y a partir de este momento se comenzó a realizar estudios para disminuir el uso de esta técnica y ayudar a disminuir los riesgos, daños y aumentar los beneficios.(9)

A. FACTORES DE RIESGO

Como se ha explicado en la introducción, la tasa de episiotomías en los partos vaginales en España, aunque está disminuyendo, sigue estando muy por encima de lo que recomienda la OMS, por ello es importante saber diferenciar cuales son los FR y protectores para su realización y actuar sobre ellos para poder intentar una menor incidencia de las episiotomías.

Un estudio transversal descriptivo realizado por Ballesteros Meseguer, C durante los años 2011 y 2012 en el Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia describió los diferente FR y protectores para la realización de las episiotomías.

En cuanto a los FR apunta a la primiparidad como uno de los principales FR, además señala que el hecho de tener una episiotomía en primíparas aumenta la probabilidad de tener otra o un desgarro en los siguientes partos. (19)

La edad gestacional es otro de los factores descritos, a partir de las 41 semanas de gestación aumenta el riesgo de sufrir una episiotomía, por lo que las gestaciones postérmino comprenden otro FR importante.(19)

La utilización de oxitocina para la inducción del parto es otro FR para la realización de episiotomía, por lo que también concluye que los factores relacionados con la inducción también deben de ser comprendidos con FR de sufrir una episiotomía como son los partos postérminos o el gran peso y tamaño del recién nacido (>4000g). La inducción también se relaciona con un mayor uso de la anestesia epidural y de la instrumentalización de parto, por lo que los considera FR frente a la episiotomía. (19)

Por último, se identifica la posición de litotomía durante la fase del expulsivo y la edad materna superior a los 35 años también como FR. (19)

En cuanto a los factores de protección descritos por Ballesteros se encuentran el inicio del parto de manera espontánea, los partos no instrumentalizados, la utilización durante el expulsivo de la posición que resulte más cómoda para la madre, edad materna inferior a 35 años, menor peso del recién nacido y que el parto se produzca entre las semanas 37 y 40 de gestación.(19)

El estudio realizado por Marschalek, M.L; durante 7 años en Austria a mujeres primíparas a las que se las sometía a un parto vaginal comenta que al 30,3% de las mujeres se las sometió a una episiotomía mediolateral. Esta técnica fue realizada en diferente proporción dependiendo del tipo de parto, en los partos vaginales espontáneos fue realizada al 22,4% de las mujeres, la tasa aumenta hasta un 71,9% en aquellos partos donde se utilizó la ventosa o parto por vacío y llega a utilizarse hasta un 91,5% de las veces cuando dicho parto concluye con el uso de fórceps. Además del tipo de parto, el estudio observa que la tasa de episiotomías es de un 30% cuando el peso del recién nacido es menor a 4000g y que aumenta hasta casi un 40% cuando el peso supera los 4000g. Por ello se podría decir que este estudio nos muestra que los FR de sufrir una episiotomía en mujeres primíparas son el uso de fórceps, uso de la ventosa, mayor peso del recién nacido y por último el simple hecho de pasar por un parto vaginal. (15)

Los resultados de estos estudios coinciden con los FR, que relacionó otro estudio realizado por García Lorca, A I en el hospital de La Arrixaca, con respecto a las posibilidades del uso de una episiotomía en los partos vaginales; por lo que todos los autores están de acuerdo en que los FR son:

- Inducción o estimulación del parto vaginal.
- Partos instrumentalizados, aumenta el triple la incidencia de episiotomías.
- Edad materna de 35 años o superior.

- Primiparidad
- Peso del recién nacido mayor a 4000g. (10)

Un estudio sobre la historia de la episiotomía realizado por Ballesteros Meseguer, ME; enumera todas las indicaciones clínicas en el momento del parto para comenzar a pensar en la utilización de la episiotomía y ayudar a que se uso de manera selectiva. Todas las indicaciones que describe coinciden con la mayoría de los FR que han descrito los anteriores autores, dejando de lado la edad materna y el número de partos vaginales de la mujer.(9)

Ballesteros Meseguer, ME relata que los criterios que justifican su uso son:

- Periné poco distendido: esto puede deberse a la existencia de tejido cicatricial en el periné por alguna operación anterior o episiotomía o un edema que imposibilita su distensión. En estos casos debe realizarse cuando el periné después de haberse distendido por completo se vea que es insuficiente para la salida del recién nacido, y que por esta elasticidad se quede sin irrigación.
- Desproporción pélvica fetal: puede ser causado por la anatomía materna y/o fetal.
- Feto macrosómico: cuando el peso del recién nacido es superior al percentil 90 o mayor a 4000g.
- Parto instrumentado o uso de fórceps: ya que el uso de instrumentos puede causar lesiones en los tejidos blandos del SP de la madre.
- Ver necesario que el parto sea menos duradero por agotamiento de la madre y/o la aparición o existencia de trastornos en el recién nacido.(9)

B. CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA EN COMPARACIÓN CON LOS DESGARROS.

Un estudio realizado por Freeman, R.M; documenta que en los último 10 años la tasa de episiotomía ha ido disminuyendo poco a poco, aunque aún se encuentra muy por encima de lo recomendado por la OMS. El uso de esta práctica era muy elevado ya que al principio se creía que servía como prevención para lesiones en la musculatura del esfínter anal y así poder evitar la incontinencia anal, el dolor ... pero se ha comprobado que esta hipótesis no es cierta ya que para que sirva como prevención a este daño el corte de la episiotomía debe ser de 60°, y esto es muy difícil de cumplir con un perineo tan extendido durante el parto. Se ha visto que el uso de la episiotomía no previene de esta grave lesión, además, hay que sumarle que la realización de episiotomías se ha visto relacionada con mayor dolor tras el parto y de mayor duración, y un riesgo de dehiscencia de la herida, por lo que los inconvenientes superan los beneficios. (14)

Este estudio, por lo tanto, concluye que la episiotomía es una práctica que debe disminuir y que no se debe utilizar de manera sistemática debido a que no previene de daños mayores, solo se debe utilizar cuando su uso sea beneficiario para la mujer.(14)

Marschalek, M.L añade en su estudio que las mujeres que fueron sometidas a episiotomía y además tenían anestesia epidural y/o un IMC igual o menor a 30 tenían más probabilidades de tener una lesión del esfínter anal que aquellas que eran sometidas a la episiotomía sin utilizar anestesia epidural con un IMC mayor o igual a 30. Además, comenta, que la episiotomía aumentó el riesgo de desarrollar lesiones en la musculatura anal de manera muy significativa en partos espontáneos y que sin embargo se ha demostrado que es un factor de protección asistidos con ventosa y en aquellos partos donde el recién nacido presentaba un peso mayor a 4000g. (15)

Por tanto este estudio concluye que en los partos vaginales espontáneos es preferible tener una visión expectante, el uso de soporte perineal o el desarrollo de leves desgarros perineales antes que la realización de una episiotomía, ya que esto provocaría peores consecuencias a largo plazo en comparación con los desgarros.(15)

Además de producir lesión en la musculatura del esfínter anal, Amorín, A en su estudio descriptivo, habla de la aparición de dolor perineal tras los partos causado por esta práctica y que impide a las mujeres una buena calidad de vida, ya que interfiere tanto en su autocuidado como en la atención al recién nacido. Este dolor puede estar presente en las primeras horas después del parto, o persistir durante años. (20)

El estudio diferencia entre las diferentes extensiones y suturas de la episiotomía, siendo un 61,5% aquellas mujeres que recibieron un corte de entre 3 y 5 cm y menos del 40% las menores a 3cm, por lo que esta diferencia podría ser un factor a tener en cuenta al hablar de este dolor perineal posparto, además, la autora también lo relaciona con que la madre tenga 30 años o más, y que sean primíparas, ya que estos dos últimos factores aumentan la probabilidad de que se les realice una episiotomía. (20)

Este estudio habla del dolor perineal en el posparto inmediato y describe que entre las primeras 20-24 horas después del parto, el 82,7% de las mujeres que recibieron una episiotomía refirieron aparición de dolor perineal, y entre las 40-48 horas posparto, la tasa aumento al 86,5% de las mujeres. Y con respecto a la intensidad de este dolor, el 64,4% de las mujeres que lo experimentaron en las primeras 20-24 horas lo describieron como leve y el resto lo caracterizaba como moderado e intenso; esto difiere a las 40-48 horas, ya que el 72,1% de las mujeres lo describieron como leve y el resto como moderado e intenso.(20)

Como se ha dicho antes, Amorín, A en su estudio, relaciona el dolor perineal con la disminución de la calidad de vida de la mujer y la imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. Respecto a esto el 92,2% de las mujeres en el primer periodo posparto estudiado y el 86,5% en el segundo, relatan que este dolor las impidió en gran medida sentarse, caminar y dormir, siendo la mayoría de ellas las que reportaban más de una de estas molestias.(20)

Esta incapacidad de sentarse o caminar puede parecer insignificante, pero en las maternidades se lleva a cabo una deambulaci3n temprana, ya que se ha visto que ayuda a una r1pida recuperaci3n de la mujer, aumento de la motilidad intestinal, reducir la posible ansiedad y el sue1o, por lo que es esencial aliviar este dolor para poder llevarse a cabo esta deambulaci3n temprana.(20)

Adem1s, un estudio realizado por Garc1a Lorca, Al; a1ade a todo esto, que la realizaci3n de episiotom1as se ha relacionado con la aparici3n de desgarros de primer, segundo y tercer grado, al contrario de las mujeres con parto vaginal sin episiotom1a, que solo desarrollaron desgarros de primer y segundo grado, los cuales, como ya hemos dicho con anterioridad, no est1n relacionados con una gran morbilidad a largo plazo y no son causantes de ning1n tipo de disfunci3n del SP.(10)

A esta informaci3n, se pueden a1adir los resultados encontrados en un estudio realizado por Berz1n Rodr1guez, C, qu1en concluy3 que en los partos vaginales donde no se realiza episiotom1a hay mucha m1s incidencia de desgarros tanto de primer como de segundo grado en comparaci3n en los que se usa la t1cnica de la episiotom1a, sin embargo, en dichos partos la probabilidad de desarrollar un desgarro de tercer grado es del 0% y en los que si se usa la episiotom1a la tasa aumenta a un 0,3%. Esto puede ser insignificante y dar a entender que la episiotom1a es la soluci3n hacia los desgarros, pero este mismo estudio tambi1n verific3 que cualquier tipo de desgarros cura m1s r1pido y de manera mucho m1s eficaz y con menos complicaciones que cualquier episiotom1a. (21)

Por otra parte, un estudio prospectivo realizado por Smith, L en el Reino Unido compara la prevalencia de da1o o lesi3n en la musculatura del esf1nter anal entre los desgarros espont1neos con la realizaci3n de episiotom1as.

Este estudio verifica que en los desgarros donde se puede encontrar este tipo de lesi3n es 1nicamente en los de tercer y cuarto grado, como se ha comentado en apartados anteriores, ya que los de primer y segundo grado no tienen gran morbilidad y solo aparecen a corto plazo. Sin embargo, con respecto a la episiotom1a, Smith, L comenta que su uso no se asocia con esta lesi3n, sino la extensi3n del corte. (16)

El estudio de Smith, L observa que las episiotom1as se realizan para evitar los desgarros de tercer y cuarto grado, ya que refiere que los FR para el desarrollo de estos desgarros son los mismos que aumentan las probabilidades de que se lleve a cabo una episiotom1a en los partos vaginales, entendiendo que es la probabilidad de que aparezcan dichos desgarros lo que hace que el profesional que atiende el parto opte por la realizaci3n de una episiotom1a. Por ello, se puede concluir que la morbilidad de dichos desgarros es m1s grave que la causada por la episiotom1a y por ello se opta por su realizaci3n antes de que se produzcan de manera espont1nea. (16)

En la misma l1nea, Ballesteros Meseguer, ME en su estudio de la historia de la episiotom1a, comentado ya en el apartado anterior, hace un listado de todas las complicaciones f1sicas en la mujer por el uso de la episiotom1a, que coincide con los autores anteriores. Las complicaciones que refiere son:

- El corte de la episiotomía se alargue de manera incontrolada.
- La técnica puede llegar a provocar desgarros tanto de tercer como de cuarto grado.
- Aparición de hemorragias y hematomas.
- Provocar dolor y edemas en la zona de intervención.
- Infección y dehiscencia durante el periodo de curación de la herida.
- Fascitis necrotizante
- Imagen corporal insatisfactoria para la mujer, pudiendo desencadenar además de problemas físicos, también psicológicos.
- y a largo plazo: aparición de dispareuria, disfunciones del SP como incontinencia urinaria, fecal y prolapsos de los órganos del periné.
- Aparición de endometriomas, fístulas y quistes.(9)

Es importante tener todo esto en cuenta a la hora de decidir realizar una episiotomía, ya que todas aquellas mujeres que no la reciben no llegan a presentar, o en mucha menos proporción, ninguna de estas complicaciones. Además, también pueden aparecer complicaciones psicológicas, debido al estrés y malestar causado por las complicaciones físicas descritas, por el dolor del perineo o las disfunciones del SP, estas complicaciones se encuentran asociadas con la aparición y desarrollo de la depresión posparto, además de con una baja satisfacción con el proceso del parto. Con menos incidencia, se ha referido al desarrollo de un síndrome de estrés postraumático por el uso de episiotomía o por los partos instrumentalizados. (9)

Por último, en un estudio hecho por Avilés Sáenz, Z se comparan la recuperación de las distintas lesiones perineales en las mujeres que pasan por un parto vaginal, según los patrones funcionales de Gordon.

Avilés Sáenz, Z observa que el posparto o puerperio inmediato las mujeres que sufrieron algún tipo de desgarro no tiene alterado el patrón funcional de percepción de la salud, de eliminación, actividad y ejercicio, sueño/descanso o en el cognitivo perceptual. Sin embargo todas las mujeres con episiotomía tenían alterados todos estos patrones debido al dolor y daño causado por esta técnica.(22)

En la siguiente etapa del estudio, se comparó la recuperación en el posparto clínico, en esta fase los patrones alterados se reducen a tres: percepción y manejo de la salud, eliminación y cognitivo perceptual. En este caso las mujeres con desgarras no tienen dolor perineal que les impida hacer las actividades de la vida diaria y tampoco necesitan toma de analgésicos para su realización, al contrario que las sometidas a episiotomía que debido a las molestias siguen con dificultades para realizar las actividades básicas

de la vida diaria, al igual que para orinar o defecar, por lo que es más frecuente que este grupo si dependa de la toma de analgésicos para su confort.(22)

En este mismo estudio, y con respecto al puerperio tardío, no se encuentra ninguna diferencia entre las mujeres con desgarro y las sometidas a una episiotomía.(22)

4.4 MASAJE PERINEAL

La disminución de los traumas perineales es un tema que muchos autores están investigando. Todos ellos se centran en el entrenamiento de la musculatura del SP para aportar mayor elasticidad e intentar disminuir así la tasa de episiotomías, para acercarse más a la que propone la OMS, al igual que disminuir los desgarros, el dolor y las disfunciones del SP.

Dentro de estos ejercicios de entrenamiento los investigadores estudian sobre el uso de diferentes dispositivos durante la gestación como los conos vaginales, el Epi-no; además de ejercicios de Kegel y el MP.

El MP antenatal es un tema en auge desde hace un tiempo, por lo que este estudio se ha querido centrar en su uso durante el embarazo para observar los beneficios que este aporta en la disminución tanto de episiotomías como de desgarros en el parto y en la disminución tanto del dolor como de las diferentes disfunciones durante el posparto.

A. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN

En toda la bibliografía consultada los profesionales de la salud están de acuerdo que para la correcta realización del masaje perineal se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- Lavarse bien las manos y tener las uñas bien cortadas.
- Orinar antes para vaciar la vejiga.
- Adoptar una posición cómoda y un espejo.
- Si la que lo realiza es la mujer embarazada, esta realizará el masaje con los dedos pulgares, y si es llevado a cabo por otra persona, esta utilizará el dedo índice y corazón.
- Es muy importante la lubricación de los dedos a utilizar.

Para su realización se deben introducir los dedos bien lubricados entre 2 y 4 cm en la vagina. Con los dedos se presiona suavemente y con firmeza hacia afuera deslizándolos hacia el perineo (zona entre la vagina y el ano). En el punto más bajo de la vagina, se debe presionar con los dedos hacia abajo hasta que aparezca una sensación de quemazón, esto imitará a la sensación de la cabeza del bebé a punto de salir. Durante la quemazón, la mujer debe intentar aprender a relajarse y concentrarse en la respiración. Conseguido esto, se continua con los dedos hacia arriba describiendo una "U". Las direcciones se pueden cambiar siempre que se quieran, pero de manera regular, durante 10 minutos (2).

Varias revisiones y estudios llegan a la conclusión de que la realización del masaje perineal puede llegar a reducir significativamente la probabilidad de traumatismo perineal, sin embargo, se pueden encontrar diferencias respecto a los criterios de duración y frecuencia para que la realización del masaje perineal sea efectiva entre los principales autores (5).

Algunos autores hablan de que se debe llevar a cabo de manera diaria durante 4 minutos a partir de la semana 34-35 de gestación; otros autores proponen empezar 6 semanas antes de la fecha probable de parto, durante 4 minutos y con una frecuencia de entre 3 o 4 veces por semana (5).

Un estudio realizado por Gómez, C demostró que la eficacia del MP antenatal se ve evidenciado a partir de la semana 32 de gestación, siendo importante su realización de dos veces por semana de manera constante y con la adecuada lubricación de los dedos con aceites, cremas o lubricantes aunque no especifica cual es más efectivo(23)

Desde hace unos años el aceite de rosa mosqueta ha sido de gran interés por sus propiedades de regeneración de la piel. Por ello algunos profesionales de la salud han comenzado a estudiar su uso para la realización del MP y a recomendar su uso.

Por esto, Azón López, E realizó una revisión bibliográfica con la cual evidenció que el aceite de rosa mosqueta muestra claros beneficios en el uso de úlceras, cicatrices y diferentes afecciones dermatológicas, pero ningún estudio ha investigado su uso para la realización del MP. Concluye que en ninguna investigación sobre la realización de MP se habla de con que aceite o lubricante aumentan los beneficios del masaje, por lo que se necesitaría seguir investigando.(24)

B. BENEFICIOS DE LA REALIZACIÓN DEL MASAJE PERINEAL

Han sido varios los estudios que han querido investigar los beneficios de la realización del MP antenatal. Uno de ellos es Seehusen, D que investigó la realización del MP para la prevención de episiotomías, desgarros, DSP y dolor a largo plazo.

Seehusen, D en su estudio concluyó que la realización del MP antenatal tiene varios beneficios en las mujeres embarazadas que dan a luz por parto vaginal. Demostró que las mujeres con su primer parto vaginal muestran una gran disminución de desgarros que precisan de sutura, es decir, de tercer y cuarto grado. Sin embargo, esta reducción depende significativamente del número de veces que se realice el MP por semana en el último mes de embarazo. Las mujeres que lo realizaron 1,5 veces por semana vieron disminuidos los desgarros un 16%, si lo realizaron entre 1,5 y 3,4 veces por semana la reducción disminuye hasta un 8%, y si se llevó a cabo más veces la disminución de los desgarros fue insignificante. (25)

También evidenció que sólo las mujeres que realizaron el MP 1,5 veces por semana redujeron de manera significativa la probabilidad de realización de una episiotomía durante el parto, esta reducción en la incidencia de la episiotomía condujo a una disminución general de todos los traumatismos perineales. (25)

En cuanto a la duración del parto, utilización de fórceps o instrumentos, dispareuria a los tres meses o incontinencia urinaria o fecal no se observó ninguna diferencia entre las mujeres que había realizado el MP antenatal y las que no. Sólo se informó de disminución del dolor perineal posparto en aquellas mujeres que lo habían realizado con mayor frecuencia. (25)

Estos beneficios sólo fueron reportados por aquellas mujeres que no habían tenido otro parto vaginal previo. Sin embargo, en las mujeres que realizaron MP antenatal con un parto vaginal previo, se informó de una disminución en cuanto al dolor posparto en los siguientes tres meses. (25)

Ferreira Cuoto, C en su estudio sobre la prevención del trauma perineal durante el parto vaginal evidenció que la realización del MP antenatal en las últimas semanas de embarazo debería ser una práctica común en la preparación al parto de todas las mujeres, ya que se evidencia que su realización disminuye de manera muy significativa la reducción de todos los traumas perineales, entre ellos el uso de episiotomía, así como las complicaciones posparto como el dolor perineal. (26)

Una búsqueda bibliográfica realizada por Gómez, C demuestra que la realización del MP antenatal en gestantes a partir de la semana 32-34 disminuye un 6,1% la prevalencia de desgarros de segundo y tercer grado y las episiotomías, así como un 6,3% los partos instrumentales. Con respecto a la incidencia de episiotomías muestra que en las mujeres sin un parto vaginal anterior, esta tasa disminuye hasta ser del 21% (23)

Comenta que la mayoría de autores verifican que la realización del MP es uno de los factores protectores para evitar el trauma perineal y las episiotomías, pero en mujeres sin un parto vaginal anterior, y que además reduce el dolor perineal en el posparto.(23)

Además, refiere que todos los autores están de acuerdo en que la realización del MP antenatal de manera constante aumenta el tono y elasticidad del SP, por lo que lo relacionan con que el MP es una práctica eficaz para el mantenimiento íntegro del SP durante el parto vaginal.(23)

Miranda Moreno, DC estudia la realización del MP durante el embarazo, y está de acuerdo con los autores ya mencionados de que su realización de manera constante y siendo su práctica de una o dos veces por semana, se disminuyen los traumas perineales que precisan de ser suturados e incluye que las mujeres que lo realizan pero aún así presentan un trauma perineal, el 40% refieren de dolor en las primeras dos semanas y únicamente entre el 7-9% de estas mujeres informan de dolor tras tres meses del parto. (2)

Un estudio prospectivo de Artola Peres de Azanza, M estudió los beneficios de realizar el MP antenatal diariamente durante 10 minutos a partir de la semana 33 de gestación, comprándolo con un grupo de mujeres que durante el embarazo no lo llevaron a cabo. En el grupo que se había realizado el MP el 55,3% de las mujeres recibieron episiotomía y el 48,5% desarrollaron un desgarro perineal; de ese porcentaje el 68% fueron desgarros de primer grado, 24% de segundo grado y el 8% de tercer grado, además, el 8,7% de las mujeres presentaron un periné íntegro. Por el contrario, el grupo de mujeres que no realizaron el MP el 69% recibieron una episiotomía y el 48,1% algún tipo de desgarro; el 33,9% fueron desgarros de primer grado, el 59,7% de segundo grado y el 6,5% de tercer grado; pero únicamente un 2,3% tuvieron un periné íntegro. (27)

Si se compara este estudio con el resto de los artículos que recomiendan el MP antenatal realizarlo entre 1-2 veces a la semana en vez de diariamente, se observa que las episiotomías disminuyen de manera más significativa, al igual que los desgarros, por lo que a la hora de realizar el MP es muy importante saber que la mayoría de los autores concluyen que las veces que se haga a la semana es inversamente proporcional a los beneficios que aporta.

Además del MP antenatal, algunos autores han estudiado su realización en el posparto y su efecto para tratar las disfunciones del SP causadas por el embarazo y el parto vaginal.

Castro Adrada, LM investigó el MP antenatal y durante el posparto para el tratamiento de la IU, se trata de una revisión bibliográfica en la que se muestra que en Brasil se llevó a cabo este MP en mujeres multíparas con IU de esfuerzo durante 12 sesiones. Se observó que tras finalizar las sesiones el 60% de las mujeres que habían sido sometidas al MP ya no presentaban IU de esfuerzo, al contrario que las mujeres que no fueron tratadas con el MP que no mostraron ningún cambio significativo. El estudio concluye que el entrenamiento del SP antes y después del parto se beneficioso para tratar esta disfunción del SP.(28)

5. CONCLUSIONES

Todos los autores están de acuerdo en que la realización del MP antenatal es beneficioso a la hora de disminuir los traumas perineales durante el parto vaginal. Se evidencia que estos beneficios son más significativos en aquellas mujeres primíparas, donde se observa una clara disminución de la necesidad de episiotomías y de presencia de desgarros que precisen sutura. Esta disminución es muy importante ya que estos traumatismos son los más asociados a desarrollar dolor y disfunciones en el SP tras el parto, por lo que se podría decir que de forma indirecta realizar el MP antes del parto también disminuye la aparición de disfunciones del SP.

Sin embargo, el MP tiene diferentes resultados cuando es realizado por mujeres multíparas, ya que en este grupo los traumatismos perineales no se ven reducidos, pero sí se observa una gran disminución del dolor perineal tras tres meses de posparto. Por lo que el MP antenatal aporta beneficios tanto en primíparas como en multíparas.

Como requisito para llevarlo a cabo de forma correcta y que sean visibles sus beneficios, todos los autores están de acuerdo en que el MP se debe comenzar a realizar entre la semana 32-34 de gestación y sólo llevarlo a cabo entre 1-2 veces a la semana, ya que se realiza de forma más continuada los beneficios disminuyen, en este apartado todos los estudios concluyen que son necesarios más investigaciones.

Por último, no se han encontrado muchos estudios sobre el MP durante el posparto como tratamiento a las disfunciones del SP, por lo que se trata de un apartado que precisa de mayor investigación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Song K, Lu H. High-performance XML modeling of parallel queries based on MapReduce framework. *Cluster Comput.* 2016;19(4):1975–86.
2. Moreno M. *Issn: 1989-6247.* 2015;7(5):785–90.
3. Lacalle MH, León M del CL, Almendros M del RR, Campaña AG. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico? *Nure Investig* [Internet]. 2017;14(90):1–22. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=125493561&lang=pt-br&site=ehost-live>
4. Almudí Alonso T. ¿Mejora la tonificación del suelo pélvico en primíparas la utilización de conos vaginales con estimulación vibratoria sobreañadida, frente a la utilización de conos vaginales convencionales? *NURE Investig.* 2016;13(81):13.
5. Moreno Sánchez V, Moreno Rutia E. Masaje perineal antenatal con aceite de rosa mosqueta para prevenir desgarros en el parto. *NURE Investig Rev Científica enfermería.* 2016;13(83):15.
6. Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de gestantes comparando el modelo de parto utilizado [Internet]. [cited 2020 May 4]. Available from: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/667324#page=1>
7. Problemas del piso pélvico: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/pelvicfloordisorders.html>
8. Trastornos del piso pélvico: Información sobre la enfermedad | NICHD Español [Internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pelvicfloor/informacion>
9. Ballesteros Meseguer, ME; Martínez Roche M et al. La Episiotomía en el Marco de la Atención al Parto Normal. *Asoc Matronas la Región Murcia* [Internet]. 2014;56. Available from: https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOMÍA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-_PARTO_NORMAL.pdf
10. García-Lorca AI, Vigueras-Martínez M de LÁ, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M de LM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. [Rate of episiotomy in the University Clinical Hospital of Arrixaca and factors that influence in its practice.]. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019;93:1–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31293278>
11. Gramage Córdoba LI, Asins Cubells A, Chamón Moya P, Llopis Coloma C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. *Enferm Integr.* 2016;111:35–40.
12. Garés García A. Suelo pélvico en el embarazo. Factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo. *Farmaceutico.* 2012;474:40–6.

13. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional? *Fisioter e Pesqui.* 2016;23(2):136–41.
14. Freeman RM. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? [Internet]. Vol. 120, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2020 Mar 10]. p. 137–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12092>
15. Marschalek ML, Worda C, Kuessel L, Koelbl H, Oberaigner W, Leitner H, et al. Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. *Birth.* 2018 Dec 1;45(4):409–15.
16. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: A prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: *BMC Pregnancy and Childbirth*
17. Waldenström U, Ekéus C. Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: A population-based register study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Sep 15;17(1).
18. Shek KL, Green K, Hall J, Guzman-Rojas R, Dietz HP. Perineal and vaginal tears are clinical markers for occult levator ani trauma: A retrospective observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2020 Mar 10];47(2):224–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25807920>
19. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-Depedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016 May 20;24.
20. Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Barbosa da Silva FM, Oliveira Santos J de, Leister N, Gonzalez Riesco ML. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. *Index de Enfermería* [Internet]. 2012 Sep [cited 2020 Mar 11];21(3):150–4. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Carmen Berzaín Rodríguez M, Alberto Camacho Terceros L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina [Internet]. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <http://www.scielo.org.bo/scielo>.
22. Avilés Sáez Z, María López Martínez E, Driéguez Castaño C, Belén Conesa Ferrer M. *Enfermería Global* Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon RESUMEN. 2017 [cited 2020 Mar 11]; Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
23. Coca G, Ruiz V, Fernández O, Andaluz de Salud S. EVIDENCIA CIENTIFICA DEL MASAJE PERINEAL Y PERINÉ INTEGRO SCIENTIFIC EVIDENCE OF PERINEAL MASSAGE AND INTACT PERINEUM Autor: Institución. *Rev Transm del Conoc Educ y la Salud* [Internet]. 2017;9(2):17–9. Available from: http://www.trances.es/papers/TCS_09_2_5.pdf

24. López EA, Pérez JH, Ramos EM. Evidencia científica sobre el uso del aceite de rosa mosqueta en el embarazo: Una revisión de la bibliografía. *Med Natur* [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 9];7(2):94–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4297895>
25. Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal Perineal Massage to Prevent Birth Trauma [Internet]. Vol. 89. 2014 [cited 2020 Mar 10]. Available from: www.aafp.org/afp/AmericanFamilyPhysician335
26. Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N. Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Glob*. 2017 Jul 1;16(3):552–63.
27. Oficial R, Sociedad D, Artola M, Azanza P De, Langreo AS, Requeijo IG, et al. *Obstetricia Ginecología*. 2016;125–33.
28. Entrenamiento del suelo pélvico en incontinencia urinaria durante el embarazo y parto vaginal - Dialnet [Internet]. [cited 2020 Mar 9]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6084962>